Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$4\frac{1}{2}$ „	6 „

Kraków, 1 listopada 1879. № 44. Rok XVIII.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

1. Zapalenie płuc dławcowe.

Opracował Dr. St. Smoleński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Umiejscowienie nacieku zapalnego uwidocznia następujące zestawienie: Płuco prawe: płat środkowy 12 razy, dolny 4, górny i środkowy 1 raz, środkowy i dolny 19, całe płuco 3 razy; razem 39. Płuco lewe: płat górny 2 razy, dolny 6, całe płuco 13 razy; razem 21. Obustronne zapalenie: całe płuco prawe i górny płat lewego płuca 1 raz, płaty środkowy i dolny płuca prawego i dolny lewego 1 raz, płaty dolny prawego płuca i dolny lewego 1 raz; razem 3. Raz tylko postrzegano naciek ograniczony do części środkowéj płuca, t. zw. *pneumonia centralis.* Przypadek ten przytoczę w krótkości.

M. S. 11-letnia córka posługaczki klinicznéj, dotąd zdrowa. Dnia 28/3 1878 kłucie w boku prawym, ból głowy, gorączka, bezsenność; następnego dnia mierne rozwolnienie, kaszel z plwociną krwawą. Dnia 28/3 rano ciepł. 39°C., t. 128; wiecz. 39·8°C., t. 124. Badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zboczeń w narządzie oddechowym, prócz nielicznych rzężeń pęcherzykowych z tyłu u dołu po str. prawéj; prócz tego dość znaczny obrzęk śledziony. Dnia 30/3 rano 40·6° C., t. 104, stan ten sam, w moczu nieznaczna ilość białka, chlorki zmniejszone: wieczorem po str. prawéj od 5go żebra z przodu ku dołowi odgłos nieznacznie bębenkowy, podobnież z tyłu poniżéj kąta łopatki prawéj. Z przodu wdech i wydech nieoznaczony, z tyłu wdech ostropęcherzykowy, wydech nieoznaczony, zbliżony do oskrzelowego, plwociny krwawe. Wiecz. ciepł. 40·5°, t. 108. D. 31/3 r ciepł. 37·3, t. 96; wiecz. 37·4°, t. 92. W miejscach wczorajszego odgłosu bębenkowego odgłos niebębenkowy, wdech i wydech zaostrzony, nieliczne rzężenia pęcherzykowe. W następnych dniach znikły resztki zboczeń w narządzie oddechowym, a po podaniu chininu śledziona się zmniejszyła; d. 5/4 chora opuściła klinikę z małém obrzmieniem śledziony.

Według spostrzeżeń z kliniki ruchoméj stosunek zajęcia płuca prawego i lewego ma się jak 3 : 2.

Chronologija choroby. Dreszcz można o tyle uważać za początek choroby, o ile takowy jest jednym z pierwszych wyraźnych objawów zapalenia płuc; koniec choroby datuje się od spadku gorączki do stanu prawidłowego. Mniemanie datujące od czasów Hippokratesa, jakoby przesilenie się choroby przypadało zawsze w dni nieparzyste (stąd krytycznemi zwane), nie ostało się w obec nowszych ściślejszych postrzeżeń. Można tylko powiedzieć, że stosunek dni parzystych, w których występuje przesilenie się choroby, do nieparzystych ma się jak 2 : 3. W naszych przypadkach przesilenie występowało najczęściéj między 5 a 9 dniem, niekiedy jednak i znacznie później.

Po przesileniu się stanu gorączkowego zazwyczaj dopiero w 2, 3 lub 4 dni, a czasem i późniéj dopiero rozpoczynało się rozdzielanie nacieku zapalnego. W kilku zaledwie przypadkach bezpośrednio po spadku gorączki, w miejscu poprzedniego stłumienia odgłosu wypukowego, występował odgłos stłumiono-bębenkowy, oddech oskrzelowy był mniéj szorstki i pojawiały się liczniejsze rzężenia pęcherzykowe. W żadnym zaś przypadku nie stwierdzono na pewno, by rozdzielanie się nacieku na całéj przestrzeni naciekiem zajętéj, wyprzedziło spadek gorączki, jak się to wyjątkowo istotnie przydarza. Daleko częściéj opóźniało się przesilenie stanu gorączkowego w przypadkach wcale nie powikłanych, jak niemniéj u ludzi źle odżywionych zauważano bardzo powolne ustępowanie nacieku zapalnego. Jako przykład takiego opóznionego rozdzielenia nacieku zapalnego niech posłuży następujący przypadek.

A. L., l. 33, wyrobnik. Przed 12 laty przebył dur. Dn. 1/5 1877 po kilkodniowym bólu głowy, ogólném rozstrojeniu, pojawił się dreszcz, gorączka, duszność, kłucie w okolicy prawéj łopatki, kaszel z plwocinami rdzawemi. W 8ym dniu choroby wstąpił chory do kliniki z objawami nacieku zapalnego w płucu prawém. Tegoż dnia ciepł. ranna 38·6°, t. 100, liczba oddechów 36; wieczór ciepł. 39·2°, t. 120, odd. 36.

W 9ym dniu choroby gorączka zaczęła opadać, w 10ym rano doszła ciepłota do 37·5°, ale już nazajutrz bez jakichkolwiek objawów rozszerzenia się nacieku wynosiła znów 40·0°, t. 108; poczém wahając się między 37·8°, a 39·2° i obniżając się stopniowo, być może pod wpływem podawanego kwasu salicylowego, utrzymywała się do 21 dnia choroby. Przez ten czas fizykalne objawy nacieku utrzymywały się prawie niezmiennie. Od 21go dnia choroby stan bezgorączkowy, naciek począł się powoli zmniejszać. Chory opuszczając po 3 dniach klinikę usunął się z pod dalszéj obserwacyi.

Zupełnie analogiczny przypadek, postrzegany w klinice krakowskiéj, opisał prof. Dietl (Przegląd Lek. 1862, Nr. 6), gdzie u wyrobnika 36-letniego naciek zapalny płuca prawego utrzymywał się niezmiennie 48 dni, gorączka ustąpiła 23go dnia choroby, dopiéro w 49ym dniu choroby po napadzie zimniczym naciek zapalny bardzo rychło zaczął ustępować, a chory wrócił do zdrowia w bardzo krótkim czasie. Dietl przyczynę tego opóźnionego rozdzielenia nacieku zapalnego czyli, jak sam nazywał, „chronicznego zapalenia płuc“, upatrywał w zakażeniu zimniczém krwi. Na niezbyt rzadkie stosunkowo opóźnianie się rezolucyi zwraca ponownie uwagę Leyden *(Berlin. klin. Woch.* 1879, Nr. 21), gdzie opisuje kilka przypadków zapalenia płuc, w których rezolucyja opóźniała się do kilku miesięcy.

Stałym objawem zapalenia płuc była gorączka. Czy ciepłota bywa podniesioną już przed dreszczem, jak przypuszcza Lebert *(Klinik der Brustkrankheiten I. 474.)*, ani dowieść ani zaprzeczyć nie możemy. W jednym z naszych przypadków, w którym u posługacza klinicznego, lat 63 liczącego, cierpiącego na nieżyt przewlekły żołądka, śród obserwacyi klinicznéj wystąpiło zapalenie płuc, ciepłota przed dreszczem nie była podniesioną.

Gorączka zawsze była prawie-ciągłą *(febris continua)*, ze zwolnieniami rannemi wynoszącemi 0·5 — 1·0 — 1·5° C. Ciepłota gorączkowa chorych okazywała często wahania dobowe, podobnie jak prawidłowa; każdą bowiem gorączkę uważać można jako złożoną z ciepłoty prawidłowéj $+ x$ stopni podwyższenia tejże ciepłoty. Dodatek ten może być niezmiennym, a wahania ciepłoty prawidłowéj mogą się odbywać tak jak w stanie fizyjologicznym, np.

L. S., 27-letni czeladnik stolarski, z zapaleniem płuca prawego, przybył do kliniki w 4ym dniu choroby. Przebieg ciepłoty, mierzonéj co 3 godziny, był następujący:

	Godziny					
Dzień choroby	7.	10.	1.	4.	7.	10.
4ty	38·4°	39·2°	40·0°	40·4°	40·2°	40·0°
5ty	(W dniu tym po podaniu 7·0 grm. salicynu nawiększe nasilenie gorączki przypadło na godz 7mą.)					
6ty	39·4°	39·4°	39·6°	40·2°	40·0°	39·4°
7my	38.8°	39·0°	39·8°	40·0°	39·6°	39·4°
8my	36·8°	37·6°	37·0°	37·8°	37·4°	37·0°
9ty	Ciepłota prawidłowa.					

Najczęściéj ciepłota wahała się między 38·5—39·5—40·5° C.; niekiedy jednak dochodziła w godzinach wieczornych do 41·0° C. Ciepłota dochodząca do 41·0° C. nadaje przebiegowi choroby charakter bardzo ciężki, nie pozwala jednak rokować koniecznie niepomyślnie, zwłaszcza u osobników młodych, np.

A. G., lat 16, dotąd zawsze zdrów. Dnia 1/3 1878 silny dreszcz gorączka, majaczenia: nazajutrz kaszel i kłucie. Dn. 5/3 przyjęty do kliniki. Rozpoznano zapalenie płuca prawego, obrzęk śledziony zimniczy. Przebieg ciepłoty: 5/3 o godz. 12éj 40·3°. tętno 112, godz. 6ta 40·5°, t. 128; dn. 6/3 godz. 8 rano 40·4°, t. 114, godz. 6 wiecz. 41·1°, t. 132, godz. 7 wiecz. 40·3°, t. 124; dn. 7/3 godz. 8 rano 40·7°, t. 120. godz. 10 40·9°, t. 120, godz. 11 40·7°, t. 120, godz. 12 40·7°, t. 120, godz. 3 40·7°, t. 120, godz. 6 40·9°, t. 120; dn. 8/3 rano 37·0°, t 92, wiecz. 37·4°, t. 88 i t. d. Naciek rozdzielił się bardzo rychło, chory wyszedł zdrów.

Umiejscowienie sprawy zapalnéj w płucach ma według Jürgensena *(Ziemssen Handb. V, II, 57)* mieć wpływ na nasilenie gorączki; mianowicie twierdzi on, iż zapalenia płatów górnych przebiegają z wyższą gorączką aniżeli dolnych. Na podstawie naszych przypadków nie można było dojść do tego wniosku. Rychléj potwierdzać się zdaje zdanie, że u indywiduów młodych zapalenie płuc przebiega z większą gorączką niż u starych.

Przesilenie choroby, charakteryzujące się najdobitniéj spadkiem gorączki, odbywa się w ciągu kilku do kilkunastu godzin, np.

K. U., 22-letnia służąca z zapaleniem płuca lewego; gorączka aż do 6go dnia choroby włącznie wahała się między 39·2° a 40·4° C. W 7 dniu o godz. 8éj rano 39·7°, o 11éj 38·9°, o 3éj 38·1°, o 6éj 37·7° C. W 8ym dniu choroby i następnych ciepłota prawidłowa. Przypadek ten zarazem zasługuje na uwagę jako przykład, w którym przesilenie nie zjawia się, jak zwykle, w późnych godzinach wieczornych, lecz w ciągu całego dnia.

Gorączka bardzo wysoka dość często opadała do ciepłoty poniżéj prawidłowéj. W takich razach zazwyczaj wieczorem chory okazywał ciepłotę 39·5 — 40·5° C. itp., a następnego dnia rano 36·0 — 36·5 — 37·0° C. itp. Obniżenie ciepłoty w pierwszych dniach po przełamaniu choroby do stanu poniżéj prawidłowego zauważali wszyscy autorzy; jako najniższy spadek podają zwykle 36·0° C. I w naszych przypadkach było to regułą, jednakże w jednym ciepłota bezpośrednio po przesileniu utrzymywała się na znacznie niższym stopniu:

Małg. S., l. 50. *Pleuropneumonia sinistra.* Przebieg choroby prawidłowy. Aż do 8go dnia choroby gorączka dochodziła wieczorami do 39·2°. 8go dnia wiecz. spadła na 37·5°; 9go dnia rano 35·8°, wiecz. 35·5°; 10go dnia rano 34·5°, wiecz. 34·8°; 11go dnia rano 34·0°, wiecz. 34·2°; 12go dnia rano 34·5°, w. 36·1°, odtąd aż do 16go dnia, w którym chora jako rekonwalescentka opuściła klinikę, ciepłota wahała się około 36·0, tętno około 90. Podczas tak znacznego spadku ciepłoty nie było bynajmniéj zapadu *(collapsus)* a przedmiotowo wybadać się dały jeszcze resztki nacieku zapalnego, powoli się rozdzielającego.

Dość często na dzień przed przesileniem ciepłota ranna bywa już prawidłową, wieczorem podnosi się jednak jeszcze do dość znacznéj wysokości, (nie dochodząc wszakże zazwyczaj do wysokości dni poprzednich), następnego rana znów opada do prawidłowéj, (lub poniżéj prawidłowéj) i odtąd dopiero nie podnosi się już ponad granice ciepłoty fizyjologicznéj; np.

A. G., którego przebieg ciepłoty podałem już powyżéj; 7go dnia choroby wiecz. ciepł. 40·9°; 8go rano 37·4°, wiecz. 39·6°; 9go rano 37·0°, wiecz. 37·4° C. i t. d. — Albo też: F. K., 25-letni parobek, *Pleuropneumonia sinistra.* 8go dnia choroby wiecz. ciepł. 39·6°; 9go rano 37·5°, wiecz 40·2°; 10go rano 37·0°, wiecz. 37·0°; odtąd powoli opadała coraz niżéj, tak że dnia 14go choroby wynosiła 35·6°, wiecz. 36·0° C. i t. d.

W niektórych znów przypadkach po przesileniu się choroby ciepłota przez parę dni przebiegała niżéj prawidłowéj, następnie na 1 lub 2 dni podnosiła się do wysokości ciepłoty poniżéj gorączkowéj lub miernéj gorączki, która najczęściéj pojawiała się w godzinach, w których i ciepłota fizyjologiczna bywa najwyższą; np.

T. K., 26-letni wieśniak. *Pleuropneumonia dextra.* 9ty dzień choroby, wiecz. 40·2°; 10ty rano 37·6°, wiecz. 39·4°; 11ty rano 35·8°, wiecz. 35·5°; 12ty rano 36·0°, wiecz. 36·0°; 13ty rano 37·0°, wiecz. 37·8°; 14ty ciepł. prawidłowa.

Ponowne podniesienia ciepłoty po przesileniu się choroby częstokroć prawdopodobnie zależą od powstawania nowych nacieków zapalnych. Niekiedy daje się to stwierdzić fizykalnie, np.

S. F., l. 18, poprzednio cierpiał na zimnicę. Dnia 30/10 1877 dreszcz, kłucie w boku prawym, osłabienie, kaszel. Dn. 1/11 przybył do kliniki. Indywiduum wątłej budowy, niedokrewne, wiecz. c 40·0°, t 120, liczba oddechów 52, rozpoznano *Pneumonia bilateralis asthenica*. Aż do 6go dnia choroby włącznie wśród objawów wielkiego upadku sił ciepłota wahała się między 39·0° a 40·7°, t. 96 — 120, odd. 52 — 60 na minutę. W nocy z dnia 6 na 7 krisis. Naciek rozdzielał się w częściach dolnych dość raźnie, 7my i 8my dzień choroby z ciepłotą poniżej gorączkowej, w 9ym dniu rano 40·2°, t. 120, odd. 60, badanie wykazało jako przyczynę ponownej gorączki rozszerzenie się nacieku zapalnego do szczytu prawego; stan gorączkowy trwał do 15go dnia choroby, poczém wśród objawów rozdzielania się nacieku świeżego chory począł rychło zdrowieć.

Niekiedy bezpośrednio przed samém przesileniem się choroby, ciepłota po raz ostatni podnosi się do największej śród całego przebiegu wysokości (t. zw. *perturbatio critica)*; np.

W. B., 30-letni wyrobnik. *Pneumonia ambolateralis.* Aż do 5go dnia choroby włącznie ciepłota rano i wiecz. utrzymywała się między 38·2° a 40·0° C.; 6ty dzień choroby ciepł. rano 40·6° (najwyższa ciepłota z całego przebiegu), wiecz. 39·1; 7my dzień rano 38·7°, wiecz. 38·3°; 8my rano 37·1°, wiecz. 37·0°; 9ty rano 36·1° C. i t. d.

W ogóle powiedzieć można, że gorączka przebiegająca w zapaleniu płuc jako *subcontinua*, okazywać może najrozmaitsze modyfikacyje.

Tętno, dopokąd trwała gorączka, zawsze bywało przyspieszone. Zwykle w godzinach rannych liczba tętna wraz z podniesieniem ciepłoty bywała mniejszą niż w wieczornych. 100 — 120 uderzeń na minutę przy ciepłocie 40·0° C. należały do zwykłych objawów. Przyspieszenie tętna do 120 uderzeń na minutę, w naszych przypadkach nie miało tak doniosłego prognostycznego znaczenia, jakie mu przypisuje Griesinger, twierdząc, jakoby z przypadków z taką częstością tętna umierała ⅓ część; w kilku przypadkach tętno uderzało 130 razy na minutę, a mimo to choroba zakończyła się wcale pomyślnie. Większe znaczenie miał niestosunek między wysokością ciepłoty a liczbą tętna; np. w jednym przypadku, który zakończył się śmiercią, ciepłota utrzymywała się między 38·4° a 39·4° C., a tętno wahało się między 120 a 136 uderzeń na minutę, podczas gdy w innych przypadkach, w których ciepłota wahała się między 40·2° a 41·1° C., tętno zaś między 112 — 132 uderzeń, przebieg był pomyślny. Rokowanie jest jeszcze wątpliwszém, jeżeli tętno prócz znacznej częstości staje się nieregularném. Na podstawie naszych przypadków potwierdzić możemy zdanie Traubego *(Die Symptome der Krankh. der Respir. und Circulat. Apparate,* str. 60), że im indywiduum jest silniejsze, tém tętno w przebiegu zapalenia płuc jest mniej częstém.

U indywiduów młodych i silnych, dotkniętych formą steniczną zapalenia płuc pierwotnego i niepowikłanego, tętno podczas całego przebiegu bywało pełne i twarde, u osobników zaś słabowitych, zwłaszcza wiekowych, choroba przybierała częstokroć charakter asteniczny a tętno bywało miękkie i małe, pod koniec życia bardzo często i nitkowate. Często bardzo tętno bywało dwubitne. Po przełamaniu choroby tętno równocześnie z ciepłotą wracało zazwyczaj do stanu prawidłowego, lub obniżało się poniżej częstości prawidłowej.

Wpływ zapalenia płuc na czynność serca jest dwojaki: najprzód naciek zapalny w płucu utrudnia przepływ krwi z komórki prawej, zwiększając jej pracę, powtóre sama sprawa gorączkowa, jak niemniej upośledzony dowóz tlenu i upośledzone odżywianie się zakłóca czynność serca. Stąd rozszerzenia komórki prawej, stąd stłuszczenia mięśnia sercowego, częstokroć po śmierci wykazać się dające. Znaczne upośledzenie czynności serca było w paru przypadkach przyczyną ciężkich zapadów *(collapsus)* i omdleń. Rozszerzenie komórki prawej można było w przypadkach ciężkich zawsze wykazać wypukiem, jeżeli temu nie stała na przeszkodzie rozedma zastępcza płuca lewego.

Ilość oddechów na minutę w przypadkach lżejszych wynosiła 30 — 48 — 52; w obustronném zapaleniu płuc nawet 60; u jednej choréj z zapaleniem płuca prawego 48—64; u jednego z chorych w drugim dniu choroby liczba oddechów dochodziła nawet do 76 na minutę, a następnie aż do 6go dnia choroby wahała się między 42 a 60, tegoż dnia pod wieczór podniosła się znów do 64. Tegoż wieczora chory umarł.

Po przesileniu choroby gdy ciepłota i tętno są już prawidłowe, liczba oddechów przez kilka a nawet kilkanaście dni waha się jeszcze między 24 a 30, dopokąd nie spadnie do liczby prawidłowej. Częstość oddechów zależała od rozległości nacieku zapalnego, od wysokości gorączki, od nasilania się bólu przy oddychaniu, jakiego chorzy z powodu zajęcia opłucny częstokroć doznają. Powikłanie z zapaleniem osierdzia, jak w jednym z naszych przypadków, wpływa również na tém znaczniejszą częstość ruchów oddechowych.

Jak znacznie opadają wartości pneumatometryczne i spirometryczne skutkiem zapalenia płuc, przekonano się w następującym przypadku:

U. J. P., 37-letniego murarza, chorego na zapalenie płuca lewego z obrzękiem zimniczym śledziony, spadek wysokiego stanu gorączkowego nastąpił z 11go na 12ty dzień choroby; jednakże w następnych kilku dniach ciepłota wieczorna podnosiła się jeszcze do 38·1°, gdy ranna wynosiła zaledwie 36·8° do 37·0° C. Podczas trwania wysokiego stanu gorączkowego, znacznego osłabienia a nawet niezupełnéj przytomności chorego, niemożebném było oznaczyć wartości ani pneumatometrycznych ani spirometrycznych. Nazajutrz zaś po spadku gorączki: wartość spirometryczna = 300 cm., wartość pneumatometryczna = + 20, − 24. W dwa dni późniéj wartość spirometr. = 400 cm., wartość pneumatometr. = + 24, − 24. W dwa tygodnie późniéj, gdy już prócz małéj wypociny opłucnowéj i obrzęku śledziony zimniczego inne zmiany chorobowe były ustąpiły, wartość spirometr. = 2250, wartość pneumatometr. = + 50, − 40. Spostrzeżenie to odpowiada zupełnie twierdzeniu Stolnikowa o zmniejszaniu się wartości pneumatometrycznych pod wpływem gorączki, a w części spostrzeżeniom Eichhorsta co do zachowania się sił oddechowych w zap. płuc.

Kaszel był stałym objawem zapalenia płuc. Dietl (Przegląd Lek. 1865, Nr. 1 i 2), który uważa kaszel nie jako skutek złożonéj w pęcherzykach płucnych wypociny zapalnéj, lecz jako następstwo nieżytu oskrzelowego i podrażnienia nerwów oskrzelowych, postrzegał niekiedy, że w zapaleniu płuc wcale kaszlu nie było „zwłaszcza w powikłaniu zimniczém lub durzycowém“. Często również zauważał brak kaszlu po przesileniu choroby, mimo że wypocina w płucach jeszcze istniała, z czego wnosi, że najmniejsza część wypociny zostaje wykrztuszoną, przeważnie zaś ulega wessaniu do krwi. W naszych przypadkach kaszel trwał dopóty, dopóki tylko resztki nacieku zapalnego wykazać się dały, a niekiedy i nieco dłużéj. U indywiduów silnych kaszel bywał częstszy i częstokroć krótki, urywany; u starców zaś i osobników nędznie odżywionych kaszel bywał mniéj częsty i nasilony. Kłucie w piersiach, zazwyczaj po stronie choréj, było bardzo częstém i dokuczliwém w pierwszych dniach choroby, nawet w przypadkach, w których przedmiotowo nie

można było wykazać zajęcia opłucny. Powikłaniu z zapaleniem opłucny odpowiadało kłucie dolegliwe, utrzymujące się aż do przesilenia się gorączki.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przypadek amyotroficznego porażenia opuszkowego ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

Skreślił Dr. A. Adamkiewicz,
Docent prywatny Uniwersytetu i starszy lekarz szpitala Charité w Berlinie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43.)

Mamy tu jeszcze jednę okoliczność do uwzględnienia: w porażeniu opuszkowém amyjotroficznćm, jak opisuje Leyden, (p. pow. str. 10.) mięśnie zanikłe nie tylko tracą na objętości, lecz stają się miękkiemi, wiotkiemi i gębczastemi, tracąc powoli także pewien stopień napięcia *(Paralysie par resolution, Anatomische Lahmung)*. Według tego opisu luźnieją odnogi w stawach, niknie zwykły opór przy ruchach biernych, obwisając wolno podobnie jak i rysy twarzy; czasem wprawdzie znachodzimy skurczenia, skutkiem których powstają niekiedy ręce pazurowate *(Klauenhand)* i kopytonogi; skurczenia te jednak nie powstają na tle kurczowém, ale skutkiem nawykowego ułożenia członków, do którego się mięśnie zwolna przyzwyczajają.

W naszym przypadku mięśnie, o ile ocalały, o tyle znachodziły się w stanie wyraźnego kurczu.

Rysy twarzy u naszéj choréj niebyły obwisłemi, zatartemi, jak to w opisach porażenia opuszkowego czytamy, lecz owszem zbiegały się około ust, układając się do płaczliwego wyrazu twarzy. Zawszę tak silnie i stale były skurczone, że między oboma mocno zwartemi szeregami zębów tylko szparę grubości pióra utworzyć dozwalały. Wszystkie stawy przy biernych ruchach zdradzały pewien stopień sprężystości, cechującéj kurczowe ściągnięcie. Wiemy też, że i objawy ze strony ścięgien były wygórowane.

Ten obraz chorobowy jest o tyle ciekawszym, że u naszéj choréj był w ścisłym związku z symetryczną stwardzieliną boczną rdzenia pacierzowego *(Lateral-Sclerose)*, daléj że prócz amyotrofii wykazywał najważniejsze objawy uwiądu kurczowego *(Tabes spastica)*, którego anatomiczną podstawą według Erba i Charcota (Porównaj Adamkiewicz: *Die Secretion des Schweisses* itd. str. 27.), jakkolwiek tylko przypuszczalnie, ma być pierwotna stwardzielina symetryczna bocznych postronków *(Primäre symmetrische Sclerose)*.

Uwagi godném jest też zachowanie się w naszym przypadku nerwów i mięśni na działanie prądu przerywanego oraz prądu stałego. O ile mi się to za życia uwidocznić dało, mieliśmy tam kombinacyje z jednéj strony między pobudliwością faradycznie prawidłową, zmniejszoną i zupełnie zmienioną, a z drugiéj galwanicznie prawidłową, zmniejszoną lub zniesioną. Były bowiem między niemi wszystkie znane stopnie zachowania się elektrycznego, tak ilościowe zmniejszenie pobudliwości przy działaniu obu rodzajów prądów, jak i zupełne téjże zmienienie, czyli zwyrodnienie mięśni. Znaleźliśmy daléj formę pośrednią zniesienia pobudliwości na wielu mięśniach, tj. zachowaną pobudliwość na prąd przerywany, a zupełnie zniesioną na prąd stały. Forma ta, jak niedawno Erb (*Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* T. IX. Zeszyt 2. W odbitce str. 2.), wykazał, ma się pojawiać w porażeniu opuszkowém postępującém i w wielu innych cierpieniach mięśni, zawisłych od spraw zapalnych odnośnych nerwów. Wreszcie znaleźliśmy osobliwość, dotąd na mięśniach nieobserwowaną, a mianowicie, że niektóre z nich na prąd przerywany wcale nie oddziaływały, a przecież przy użyciu prądu galwanicznego zdradzały pobudliwość mięśni prawidłowych (KSz < SSz).

To szczególne zachowanie się mięśni nazwałbym „Izogalwaniczném oddziaływaniem“, *(Isogalvanische Reaction)* i przypuszczam, że znachodzimy je w tych przypadkach cierpień mięśni, w których włókienka mięśniowe, same zdrowo zachowane, potraciły swe nerwy skutkiem zwyrodnienia.

Wreszcie i zmiany wyszczególnione w rdzeniu przedłużonym i pacierzowym, w naszym przypadku dostarczą nam pożądanego materyjału do uzupełnienia obrazu zmian anatomicznych, dotąd nie zbyt licznych w amyotroficznéj stwardzieliźnie bocznéj. Mamy bowiem tylko sześć dokładnych sprawozdań sekcyjnych porażenia opuszkowego, które zawdzięczamy Charcotowi i Jofroy, (*Arch. de physiologie* 1869, str. 354). Leydenowi. (*Archiv für Psychiat. und Nervenkrankheiten.* Tom. III, fol. II i Tom VIII, fol. II), Charcotowi, (*Leçons sur les maladies etc. Des amyotrophies spinales* Tabl. IV i V), i Barthowi. (*Archiv d. Heilkunde.* Tom XV.)

Jak w powyższych przypadkach tak też i w naszym chodziło w ogólności o chorobową zmianę w szarych rogach przednich, połączoną z uwiądem i zanikiem wielkich komórek w przednich rogach. Tak tam jak i tu mamy do czynienia z zanikiem jąder nerwu podjęzykowego, co do funkcyj swych odpowiadających komórkom rogów przednich; daléj widzimy w wszystkich przypadkach zwyrodnienie włókien powyższego nerwu i wielkiéj ilości przednich korzeni rdzenia pacierzowego. W końcu wspólnym jest przypadkom wszystkim zanik mięśni i tak zwana stwardzielizna postronków bocznych, oraz piramid w rdzeniu przedłużonym; w szczególności jednak był w naszym przypadku rdzeń przedłużony siedzibą znacznego przekrwienia.

W znacznéj ilości historyj chorób dotyczących porażenia opuszkowego podane są bóle w karku i szyi, gniecenie w piersiach, duszność i omdlenia, któreto objawy i u naszéj choréj krótko przed śmiercią spostrzegaliśmy. Znając czynność fizyjologiczną rdzenia przedłużonego, nie mogliśmy się oprzeć przypuszczeniu, że powyższe przypady skutkiem przekrwienia tego narządu wystąpiły. Zmiany w rdzeniu przedłużonym naszéj choréj wykazały też, że powyższe przypuszczenie nie jest bez podstawy.

Co się tyczy rozpostarcia zwyrodnienia, przypuszczono jednozgodnie, że jądra nerwu podjęzykowego i wielkie komórki przednich rogów są mniéj lub więcéj zanikłe, i że ten zanik najwyraźniéj w części szyjnéj rdzenia, mniéj w piersiowéj a najrzadziéj w lędźwiowéj występuje. Dokładne wskazówki znajdujemy tylko u Charcota, *(Leçons sur les maladies etc.)*, który w swoim przypadku szczególną zwraca uwagę na to, że komórki słupków Clarkego żadnéj zmianie nie uległy. Leyden *(Arch. f. Psychiat. und Nerven-Krkhtn.* Tom VIII. Odbitka str. 34, wiersz 37) znalazł w pierwszym swym przypadku prawdopodobnie w zupełności zachowane słupki Clarkego i komórki rogów bocznych; a Flechsig

(Ueber Systemerkrankungen. etc. str. 133), który przeglądał okazy z przypadku Bartha, znalazł prawidłowe słupki Clarkego.

Aby także zawsze w tém zwyrodnieniu brała udział i szara istota, jak to podaje Charcot, a badania Leydena wykazać usilują, Flechsig *(ibidem.* str. 133. uwaga) na podstawie swych badań nie potwierdza. W moim przypadku znaleźliśmy: zupełne zwyrodnienie jąder nerwów podjęzykowych, prawie zupełny zanik tak wielkich komórek w rogach przednich jak i w szlaku przedniobocznym *(Tractus intermedio-lateralis)* aż do rdzenia lędźwiowego, dalej mieliśmy wcale nietknięte komórki słupków Clarkego i widoczną zmianę szaréj istoty na obszarze zajętych zwojów. Istotę szarą znaleźliśmy bardzo cienką, ubogą w włókna rdzenne nerwowe, o niezwykłém wejrzeniu i pilśniowatéj budowie wspory nerwowéj.

Pod względem tych zmian w szaréj istocie mój przypadek w zupełności odpowiada wynikom badań Charcota. Biała istota, jak sobie przypominamy, przedstawiała mocne zwyrodnienie dróg piramidalnych na całym przebiegu i małe zajęcie wiązek przedniopostronkowych oraz resztek postronków bocznych w górnéj części szyjnéj i w zgrubieniu szyjném rdzenia.

Tego rodzaju kombinacyja zwyrodnień dwa razy tylko była obserwowaną przez Charcota *(Des amyotrophies spin.* itd. Tabl. IV i V.) i Leydena (w odbitce. Tabl. XII, fig. a), podana jednak tylko w ogólnych zarysach; wypadałoby więc zwrócić uwagę na zachowanie się białéj istoty w moim przypadku.

W rozkładzie tego silnego zwyrodnienia na przednie i boczne postronki nie mamy nic uwagi godnego.

Pracom Flechsiga zawdzięczamy znajomość przebiegu włókien piramidalnych. W znacznie większéj liczbie przypadków większa część włókien piramidalnych się krzyżuje i przechodzi do tylnych działów bocznych postronków, jakkolwiek krzyżowanie się to, jak i bezpośrednie przebieganie włókien w piramidach, licznym indywidualnym zmianom podlegać może.

To samo tyczy się też mojego przypadku, zkąd pochodzi, że w postronkach bocznych większy a w przednich mniejszy leży obszar degeneracyjny, dalej że drogi piramidalno-bocznopostronkowe zwyrodnione sięgają aż do stożka rdzeniowego, a zwyrodnione drogi piramidalno-przedniopostronkowe kończą się już w zgrubieniu szyjném.

Ze względu na ułożenie i kształt, nie przedstawiają nic szczególnego obie zwyrodnione drogi piramidalne. Z uwagi, że według badań Flechsiga *(Ueber Systemerkrkngn,* itd, str. 53. Tabl. VI, fig. 2 pv. — Tabl. VII, fig. 1 pv.) kształt wiązki piramidalnéj przednio-postronkowéj tak indywidualnym jak i miejscowym zmianom podlega, że się kształt ten na przekroju zbliża do elipsy, o poprzecznie ustawionéj krótszéj osi, to nie będziemy wielkiéj wagi przywiązywać do rzadkiego bezwątpienia kształtu przekroju tych postronków w naszym przypadku. Przedstawiają one na przekroju półksiężyce, (fig. I *d*) okalające rogi przednie, osłaniają zarazem symetrycznie po obu stronach krawędzie, utworzone z postronków przednich rdzenia pacierzowego obok przedniéj bróżdki podłużnéj.

W każdym więc razie ogranicza się to mocne zwyrodnienie w białéj istocie chorego rdzenia do obszaru dróg piramidalnych, zatém do narządu dróg nerwowych, które według Flechsiga tak pod względem swego rozwoju jak i czynności jednę tworzą całość. Zwyrodniona ta część odgranicza się wybitnie od sąsiedniego piramidom narządu, a mianowicie dróg móżdżkowych boczno-postronkowych, nie przekraczając nigdzie téj granicy, jakkolwiek drogi piramidalne i móżdżkowe boczno-postronkowe, jak wszystkie w ogóle narządy dróg tak białéj jak i szaréj istoty nie są wcale odosobnione i oddzielnych narządów odżywczych nie mają. Zwyrodnienie przeto w naszym przypadku nie mogło w żaden sposób rozpościerać się za pośrednictwem tkanki łącznéj, lecz postępowało drogą tkaniny nerwowéj dróg piramidalnych. Z tego też względu nie możemy uważać ją za właściwą stwardzielinę, *Sclerosis,* o ile przez nią zwyczajne bujanie tkanki łącznéj śródmiąższowéj rozumiemy, lecz uważamy ją za chorobę narządu samego w znaczeniu Flechsiga, a zatém za chorobę miąższu włókien piramidalnych. Oba te rodzaje chorób nie mają z sobą nic wspólnego prócz ostatecznego wyniku, tj. wytworzenia się tkanki łącznéj.

Jednakowoż nie na całym przebiegu dróg piramidalnych ogranicza się zwyrodnienie do nich samych, w części bowiem szyjnéj przekracza ono tę granicę dosyć znacznie.

Z doświadczeń Flechsiga *(Ueber Systemerkrkgn.* Str. 52. Tabl. VII, fig. 1.) wiemy, że drogi piramidalne bocznopostronkowe dotykają się szaréj istoty tylko na brzegu tylnym zewnętrznym istoty galaretowatéj rogów tylnych. Ku przodowi są więcéj odgraniczone od szarych słupków wydzielonemi z nich symetrycznie pasmami włókien podłużnych, czyli jak wyżéj nazwaliśmy „boczną warstwą graniczną szaréj istoty". Na okazach drobnowidowych z górnéj części szyjnéj rdzenia naszéj choréj nie ma nawet śladu zachowanych włókien między tylnemi rogami szaréj istoty a zwyrodnionemi drogami piramidalnemi bocznopostronkowemi. Zwyrodniony obszar tylnych bocznych postronków rozszerza się tu nawet wzdłuż całego brzegu tylnych rogów aż do samego ich krańca.

Lecz oprócz zwyrodnienia dróg piramidalnych i bocznéj warstwy granicznéj szaréj istoty znajdujemy jeszcze w rdzeniu naszéj choréj resztki zwyrodnionych postronków bocznych i schorzałe wiązki postronków przednich; w ten sposób więc jest cała istota biała przednich i bocznych postronków chorobowo zajętą aż do dróg móżdżkowych bocznopostronkowych. Nie można przeto twierdzeniu Charcota odmówić podstawy, że przy amyotroficznéj stwardzielinie bocznéj *(Lateralsclerose)* cały narząd boczny jest w stanie patologicznym *(Système latéral tout entier.)*, jakkolwiek bezwzględnie tego zapatrywania też podzielać nie można ze względu na dowody Flechsiga, świadczące, że w innych przypadkach zwyrodnienie niezaprzeczenie do dróg piramidalnych się ogranicza.

Nawet i o tych względnych dowodach twierdzeń Charcota począł Flechsig powątpiewać, i z niedowierzaniem przyjął poprawność jego rysunków, ponieważ w nich pewien szczegół w bocznéj warstwie granicznéj pominięto.

Moje okazy drobnowidowe wykazujące całkiem pewne zwyrodnienie warstwy bocznéj granicznéj szaréj istoty w górnéj szyjnéj części rdzenia, dowodzą, że ten brak wiary w pracę Charcota jest nieuzasadnionym, a zatém że wprawdzie stwardzielina boczna amyotroficzna ze względu na swe cechy należy do chorób narządowych *(Systemerkrankung)*, na takie jednak oznaczenie nie we wszystkich przypadkach zasługuje. Cecha ta ginie zupełnie w części szyjnéj rdzenia naszego przypadku. Z tych więc względów przypuszczamy, że amyotroficzna stwardzielina boczna jest formą chorobową złożoną z symetrycznego i niesymetrycznego zwyrodnienia dróg piramidalnych.

III. Oceny i sprawozdania.

O obrzękach śledziony. Wykład prof. Chvostka w Wiedniu. Sprawozdanie Dra Filewicza z Kolbuszowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Ostry obrzęk śledziony. Birch-Hirschfeld zalicza ostre obrzmienie śledziony w przebiegu chorób zakaźnych do zapalenia; przekrwienie jest tu zapowiedzią dalszych zmian zapalnych. Ustąpić ono może bez śladu, a wtedy obrzęk się zmniejsza, lub utrzymuje się dłużéj, przyczém komórki miąższu powiększają się, występuje przerost miąższowy, obok którego przekrwienie utrzymuje się daléj, lub przeciwnie śledziona staje się niedokrewną. Bodźcem do wystąpienia zmian powyższych jest jad krążący we krwi i dostający się do śledziony.

Ostry obrzęk śledziony znajdujemy zawsze w zimnicy, w durze trzewiowym i osutkowym, w durze powrotnym, gorączce połogowéj, ropnicy i posocznicy. Oertel zauważył obrzęk śledziony w błonicy, Frerichs i Lebert w żółtaczce. (*Icterus gravis*), w ospie tak zwykłéj jak i wybroczynowéj, (Birch-Hirschfeld) w płonicy, odrze (Friedreich, Mosler), w zapaleniu mózgordzeniowém (Mosler), w gorączce żółtéj, w okresie odczynu w cholerze, w przebiegu róży (Friedreich, Hesse), również w ostréj gruźlicy prosówkowéj, według Friedreicha zaś także w pewnych formach ostrego nieżytu nosa, tudzież ostrego zapalenia migdałków i połyku. Weil a za nim Wewer podają, że śledziona obrzmiewa także w niektórych przypadkach kiły, i to przed pojawieniem się osutki, i zmniejsza się widocznie po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego.

Obecnie nie umiemy jeszcze podać dostatecznéj przyczyny tworzenia się ostrego obrzęku w chorobach zakaźnych. Przypuszczają, że w chorobach, którym towarzyszą dreszcze, naczynia na powierzchni ciała w czasie dreszczu kurczą się, przez to zaś większa ilość krwi napływa do organów wewnętrznych, a tém samém i do śledziony. Przypuszczenie to niema jednak dostatecznéj podstawy, bo przecież śledziona nabrzmiewa także w chorobach, którym wcale dreszcze nie towarzyszą; zresztą nie widzimy nigdy żadnéj zawisłości między siłą i częstością dreszczów, a obrzmiewaniem śledziony, nakoniec i w zimnicy znajdujemy często obrzęk już przed wystąpieniem pierwszych dreszczów. Inni chcą tłumaczyć tworzenie się obrzęku zwiotczeniem kurczliwych składników śledziony, mianowicie włókien mięsnych ścian naczyniowych, tudzież tkaniny międzykomórkowéj. Zdanie to potwierdza Jaschkowitz doświadczeniem. Po przecięciu głównéj gałęzi nerwu współczulnego zaopatrującéj śledzionę cała śledziona nabrzmiewa skutkiem znacznego napływu krwi, po przecięciu pojedynczych gałązek nabrzmiewa zaś tylko częściowo. Liebermeister zaś upatruje przyczynę zwiotczenia kurczliwych składników śledziony w wysokiéj ciepłocie, lecz dlaczego obrzmiewa śledziona także i przy niskiéj ciepłocie? W nowszych czasach większość zgadza się na to, że przyczyną tworzenia się ostrych obrzęków śledziony w chorobach zakaźnych jest właściwy jad chorobowy we krwi krążący. Zdaniem Birch-Hirschfelda najłatwiéj to zrozumieć, przypuszczając, że jad taki składa się z drobinek, posiadających własność mnożenia się. Doświadczenie poucza, że drobniuchne ziarneczka (np. cynobru itp.) wprowadzone w krążenie, dostają się do komórek miąższu śledziony. Tak samo dostawać się tam mogą drobne ożywione ciałka (bakteryje) wykryte w krwi chorych na dur powrotny i wąglik, a drażniąc mogą pobudzić przekrwienie i przerost komórek. Obszerne stosunkowo światło tętnicy śledzionowéj i właściwe jéj rozgałęzienie sprzyjają dostawaniu się tych ciałek, a dłużéj mogą one tam przebywać z przyczyny właściwych śledzionie stosunków krążenia (Mosler).

Ostre obrzęki z przyczyny napływowego przekrwienia towarzyszą uszkodzeniom, zapaleniom i nowotworom w śledzionie, niekiedy występują one także przy zboczeniach w regularności. Powodem ostrego obrzmienia śledziony może być również zastój krwi, skutkiem zwężenia lub całkowitego zatkania żyły wrotnéj. Gdy zaś cierpienie takie jest zazwyczaj przewlocznêm, ztąd i obrzęk dłużéj zwykł się utrzymywać.

Anatomija patologiczna. Śledziona znacznie powiększona niekiedy jest 5—6 razy większa od prawidłowéj. Torebka jéj gładka, naprężona, miąższ rozpływający się (według Bambergera objaw pośmiertny) barwy ciemno-siwéj, ciałka Malpighiego niewyraźne, niekiedy tylko wystające i powiększone. W dalszym przebiegu ostrego obrzęku miąższ śledziony bywa bardziéj zbity, barwa jego bledsza, niekiedy bladożółtawa lub marmurkowa (na tle żółtawém ciemne plamy). Birch-Hirschfeld wykazał przy badaniu drobnowidowém liczne powiększone wielojądrzaste komórki, w ropnicy zaś ziarniste rozlane zmętnienie takowych. Ponfick badając śledzionę u zmarłych z duru powrotnego i innych chorób zakaźnych, wykrył wiele komórek zawierających w swém wnętrzu świeże lub już zmienione ciałka krwi. Niedawno znaleziono podobnież komórki także we krwi w zakresie wielkiego obiegu krwi. Przy końcu przebiegu chorób zakaźnych zmniejsza się zazwyczaj obrzęk śledziony. Przy badaniu na zwłokach znajdujemy wtedy torebkę pomarszczoną, miąższ blady. Niekiedy obrzęk ostry śledziony przechodzi w przewłoczny, jak np. w zimnicy, rzadziéj w innych chorobach zakaźnych.

Objawy ostrego obrzęku śledziony. Niedogoda w lewém podżebrzu lub nawet ból wzmagający się przy ucisku, występują tylko wtedy, gdy obrzęk wytwarza się szybko, lub gdy torebka skutkiem poprzedniego już zgrubienia mało jest podatną. Silne bóle, wzmagające się przy ucisku a nawet przy ruchach oddechowych, są objawem zapalenia torebki śledziony. Przy obmacywaniu czuć guz miernéj zbitości, lecz tylko wtedy, gdy obrzęk jest większym. Griesinger zauważył przy osłuchiwaniu okolicy śledziony podczas napadu zimniczego i to z początku okresu gorączkowego właściwy szmer dmuchający, utrzymujący się stale lub występujący w przerwach, całkiem podobny do szmeru t. zw. łożyskowego czyli macicznego. Szmer ten uważa on za udzielony z większych naczyń brzusznych.

Mosler opisuje szmery, jakie słyszał u chorych zimniczych, i to najwyraźniéj w okresie zimna, mniéj wyraźnie w okresie gorączki, a całkiem niesłyszalne w okresie bezgorączkowym. Szmery te przypisuje on kurczeniu się tętnic śledziony w czasie dreszczów. Ostry obrzęk śledziony ustępuje razem z chorobą pierwotną. Przy zimnicy a niekiedy i w innych chorobach zakaźnych utrzymuje się czasem dłużéj, przechodząc w obrzęk przewłoczny. Obrzęk, jaki tworzy się w następstwie zastoju krwi, zwykł dłużéj się utrzymywać. Bardzo rzadko ostre obrzmienie śledziony prowadzi do przedarcia tego narządu; uważano to w napadzie zimniczym, w durzycy, w okresie durzycowym cholery; chory umiera wtedy nagle.

Rokowanie zawisłém jest zawsze od choroby głównéj. Rozpoznanie powiększenia śledziony łatwe, czy jednak jest ono świeżém, tylko wtedy z prawdopodobieństwem przypuścić możemy, gdy powstało w chorobie, przy któréj śledziona zwyczajnie nie obrzmiewa, lub gdy obecnego cierpienia nie poprzedziło inne połączone z obrzmieniem śledziony, lub nakoniec, gdy jesteśmy pewni, że chory nie przebywał poprzednio w okolicy zimniczéj. Rozpoznanie wtedy jest tylko pewném, gdy możemy obserwować powiększanie się śledziony. Leczenie stosujemy przeciw chorobie zasadniczéj; w lżejszych przypadkach zimnicy z korzyścią można używać prądu galwanicznego na okolicę śledziony, gdy obrzęk po ustaniu choroby utrzymuje się, podajemy choremu chinin i jego przetwory, stosujemy elektryczność, natryski zimne itd.

Przewłoczny guz śledziony. Najczęściéj wytwarza się w następstwie zimnicy, i to nie tylko wtedy, gdy wyraźne napady występują, lecz także w t. zw. charłactwie zimniczém, tudzież u osób nie cierpiących na zimnicę, lecz przebywających dłużéj w okolicy zimniczéj. O wiele rzadziéj trafia się guz przewłoczny po innych chorobach zakaźnych, jak np. po durze, gorączce powrotnéj, kile. Częściéj napotykamy go w następstwie zboczeń krążenia krwi w zakresie żyły wrotnéj i to tak w chorobach tej ostatniéj, jak również jéj rozgałęzień w wątrobie (marskość wątroby), rzadziéj już przy wadach organicznych w sercu lub płucach. Przewłoczny guz śledziony znajdujemy również w bielicy, tak prawdziwéj jak i rzekoméj. Mosler opisuje przypadki przewłocznego obrzęku w następstwie zboczeń w żołądku i tłumaczy je uciskiem powiększonego żołądka na żyłę śledzionową.

Przerost śledziony jest zwykle ogólnym, rzadko tylko ograniczonym, a wtedy przedstawia się w formie odosobnionych guzów, złożonych z miąższu śledziony (Rokitansky, Griesinger, Friedreich). W przeroście ogólnym przerastają albo same komórki, albo tylko podścielisko lub wreszcie tak jedne jak i drugie. W formie pierwszéj znajdujemy śledzionę znacznie powiększoną, torebkę jéj zgrubiałą i zmętniałą, a na niéj liczne smugi ścięgniste lub wybujałości z tkanki łącznéj w formie kosmków; zbitość miąższu albo prawidłowa lub téż mało zwiększona, barwa nieco brunatnawa. Na przekroju miąższ często połyskuje, ciałka Malpighiego występują wyraźnie, a niekiedy nawet są przerosłe. Drobnowid wykazuje zgrubienie delikatniejszych beleczek podściółki tudzież wyraźne pomnożenie składników komórkowych. Ta forma guza właściwą jest szczególnie zimnicy.

W formie drugiéj śledziona stosunkowo jest mniéj powiększoną, twardą; na przekroju przerosłe beleczki podściółki występują w formie prążków i smug szarawych, miąższ jest zbity i blady. Drobnowid wykazuje przerost sieci tkanki łącznéj, i wynikające ztąd ścieśnienie zatok żylnych. W najwyższym stopniu przerostu śledziona przedstawia nam się w formie tkaniny zbitéj włóknistéj, który to stan słusznie Birch-Hirschfeld nazywa włóknistém stwardnieniem; przerost taki występuje w kile, szczególnie wrodzonéj.

Forma trzecia, właściwa długotrwałemu zastojowi krwi w żyle śledzionowéj, odznacza się tém, że miąższ śledziony ma barwę ciemno-niebieską, a podściółka przerosła wyraźnie na przekroju występuje. Drobnowid stwierdza zwykły przerost obok rozszerzenia i przepełnienia naczyń żylnych ciałkami krwi, niekiedy także i wybroczyny w miąższu. W literaturze znanych jest dosyć przypadków guzów przewłocznych dochodzących do ogromnych rozmiarów. Sam Chvostek obserwował guz zajmujący nie tylko całą jamę brzuszną, ale jeszcze wypierający ku górze wątrobę.

W pojedynczych przypadkach guz przewłoczny nie sprawia chorym żadnych dolegliwości, zwykle towarzyszą mu jednak objawy zboczeń w stanie ogólnym, które częścią zależą od choroby zasadniczéj, częścią jednak także i od samego guza. Objawy te są: niedokrewność, ziemistożółty kolor skóry, wychudnienie, ogólny upadek sił, puchlina, gnilec, obok tego zaś w niektórych przypadkach także objawy zadumy i śledziennictwa. Gdy guz jest znaczny, chorzy nie mogą leżeć na boku prawym, skarżą się na ból tępy w lewém podżebrzu, a niekiedy okazuje się duszność, gdy guz wypiera znacznie ku górze przeponę. Gwałtowniejsze bóle pojawiają się tylko w zapaleniu, lub silném naprężeniu powłoki otrzewnowéj śledziony. Schoenlein podaje, że naciskając na guz śledziony w kierunku ku przeponie, można wywołać kaszel; Piorry twierdzi, że ucisk na powiększoną śledzionę wzbudza dreszcze. Twining zaś wyczuł w okolicy śledziony podwyższoną ciepłotę; autor jednak tych objawów nigdy nie widział.

Rozpoznanie przewłocznego guza śledziony nie przedstawia żadnych trudności. Rokowanie zawisło od choroby głównéj, daléj od wielkości i czasu trwania guza; guzy zimnicze zmniejszają się lub zupełnie ustępują przy odpowiedniém leczeniu, zwłaszcza gdy nie są zbyt wielkie i nie trwały długo. Co do leczenia autor odsyła do części ogólnéj swego wykładu.

Daléj omawia Chvostek pojedyncze formy guza przewłocznego:

(Dokończenie nastąpi.)

E. Klebs: **Doświadczenia nad przyrzutem kiłowym**

Na podstawie doświadczenia, że nader mała ilość wydzieliny kiłowéj, przeniesiona z jednego osobnika na drugi, wystarcza do wywołania długotrwałego zakażenia ogólnego, wolno przypuścić, że zarazek ten jest tworem stałym i uorganizowanym, a tém samém zdolnym do niezmiernego rozmnażania się w warunkach pomyślnych. Gdyby się udało przez przeszczepienie znajdujących się w wydzielinie kiłowéj tworów uorganizowanych, (Klebs znajdował zawsze pod drobnowidem nader liczne i ruchliwe ziarenka i krótkie pręciki), na zwierzęta, wywołać w ostatnich dowolnie zmiany chorobowe ogólnemu zakażeniu kiłowemu właściwe, natenczas dwodziłoby to, że owe twory są właściwym i swoistym przenośnikiem choroby, właściwą istotą zakażenia kiłowego. Typowe postacie zmian patologicznych zależałyby w takim razie przedewszystkiém od własności przyrzutu, któryby uważać należało jako ich przyczynę.

K. używał do szczepień wyłącznie stwardnień niewrzodziejących, jak najświeższych, wyłuszczając takowe i przechowując z zachowaniem wszelkich ostrożności przeciwgnilnych. Nakłówszy skórę zwierzęcia aż do tkanki podskórnéj cienkim nożykiem, wsuwał do ranki szczypczykami kawałki wyłuszczonych stwardnień kiłowych, zabezpieczając takowe od wypadnięcia, dopokąd zupełnemu nie uległy wessaniu. Na podstawie licznych szczepień, dokonanych na różnych zwierzętach, K. doszedł do następujących waiosków: 1) Kiła ludzka daje się przenieść na zwierzęta przez przeszczepienie kawałków nowotworów kiłowych. Przebieg wywołanego w ten sposób zakażenia kiłowego u zwierząt zależy od ich gatunku: u małp rozwijają się zmiany chorobowe bardzo podobne

do zmian kiłowych u ludzi, u królików są one również poniekąd podobne u psów, kóz, świnick morskich wyniki były zupełnie ujemne. K. skutki te przypisuje znajdowanym zawsze w nowotworach kiłowych u ludzi pewnym tworom roślinnym (*helikomonady*), i sądzi, że przeniesienie samych tych tworów na zwierzęta wystarczy do wywołania zmian identycznych ze zmianami kiłowemi u ludzi, jak niemniéj ze zmianami wywołanemi u zwierząt przez przeszczepienie kawałków nowotworów kiłowych.

Ostatni ten wniosek nie jest dostatecznie uzasadniony, aczkolwiek prawdopodobny. Dopiero hodowanie i szczepienie samych tych tworów grzybkowych i możność wywołania tym sposobem ogólnych zmian kiłowych pozwoliłyby wnioskować niezbicie, że istotnym przenośnikiem i ostateczną przyczyną zakażenia kiłowego są nie twory komórkowe, lecz istoty roślinne i to nie inne, lecz helikomonady Klebsa. (*Arch. für experim. Path. u. Pharm. X. 3*). *Dr. Smoleński.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne zwyczajne IV. w dniu 18 października 1879 r.

1) Posiedzenie zagaił Prezes stowarzyszenia Prof. Dr. Korczyński wzywając zgromadzonych do oddania czci przez powstanie zmarłym członkom czynnym Drom Krzykowskiemu i Dalkiewiczowi, oraz zmarłemu w Odesie prenumeratorowi Drowi Żurkowskiemu.

2) Na wniosek Przewodniczącego Zgromadzenie wynurza swe podziękowanie prof. Janikowskiemu i Drowi Paszkowskiemu za bezinteresowne trudy, które ponieśli pierwszy przy wydaniu dzieła Dra Rothego, drugi Dra Widmanna.

3) Ażeby uniknąć podsunięcia nazwie Stowarzyszenia niewłaściwego znaczenia, uchwala Zgromadzenie na wniosek prof. Rydla, posługiwać się na zewnątrz Galicyi nazwą Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

4) Na wniosek Komisyi, złożonéj z koll. Drów Grabowskiego i Lutostańskiego, wysadzonéj do sprawdzenia rachunków z r. 1878. Zgromadzenie udziela Wydziałowi absolutoryjum za tenże 1878 rok.

5) Sekretarz Dr. Kwaśnicki odczytał sprawozdanie roczne o stanie Stowarzyszenia:

Ogólna liczba członków: honorowych, zwyczajnych i prenumeratorów wynosiła w dniu 15 października 1878 r. liczbę 164, a mianowicie: 2 członków honorowych, 142 czynnych i 20 prenumeratorów. W roku ubiegłym, z którego obecnie zdaje sprawę, zaszły następujące zmiany: umarło członków czynnych dwóch, cenieni i szanowani koledzy: Dr. Krzykowski i Dr. Dalkiewicz; wypisał się dla bliżéj nie znanych nam przyczyn Dr. Denarowski, zostali wykreśleni dla niezadośćuczynienia zobowiązaniom statutu: Dr. Jabłoński Jacek i b. kand. med. Wołowski; z liczby prenumeratorów zmarł w Odesie Dr. Żurowski. Przybytek ogranicza się do wpisania się jednego członka czynnego, tak że obecnie Stowarzyszenie liczy ogółem 159 członków, a mianowicie: 2 honorowych, 138 czynnych i 19 prenumeratorów.

Kierując się przewodnią myślą Statutu, nie wdał się w bieżącym roku Wydział Stowarzyszenia w tłumaczenia z obcych języków, lecz wydał dwa podręczniki oryginalne. By zrozumieć i ocenić, dlaczego wydział daje wybitne pierwszeństwo pracom oryginalnym nad tłumaczeniami, dosyć jest wiedzieć, że jeden z tych dwóch podręczników przebywał kilka lat w tece autora dla braku nakładcy, a możnaby przytoczyć tu więcéj przykładów.

O wartości dzieł pp. Widmanna i Rothego wydały sąd wszystkie czasopisma lekarskie, i wyrobili go sobie sami szanowni członkowie: przeto nie dotykając bliżéj téj kwestyi, zwraca się tylko uwagę Zgromadzenia, że ostatnie wydania Stowarzyszenia naszego korzystnie różnią się od pierwszych papierem i drukiem; lecz co szczególnie je stawia wyżéj po nad książki przez innych wydawców ogłaszane, to ta poprawna polszczyzna, ta staranność Wydziału o czystość językową. Istotna jednak zasługa należy się tym członkom protektorom, wymienienie których staje się zbytecznem, gdyż znani oni są z dawniejszych sprawozdań, znani z swéj chętności do użyczenia pomocy każdemu, drukującemu w Krakowie książkę lekarską; Wydział poczuwa się w miłym obowiązku złożenia publicznie podziękowania profesorom Janikowskiemu i Oettingerowi, oraz Drowi Al. Kremerowi. Oba te dzieła Wydział bezpłatnie rozesłał członkom Stowarzyszenia.

Poprzestając na wydaniu dwóch tylko dzieł w ciągu ubiegłego roku, Wydział nie uczynił mniéj lub więcéj nadto jak statut wymaga: tyle już upadło przedsiębiorstw nie rachujących się ze swojemi siłami że Wydział miał z czego czerpać naukę i wskazówkę dla siebie.

Dzienniki lekarskie krakowskie i warszawskie, prócz ocen, zamieszczały ogłoszenia o nowo wydaném dziele i o warunkach jego nabywania; dołączały one do najbliższych numerów ogłoszenia wydziału o wszystkich dziełach przez Stowarzyszenie wydanych, tak że śmiało można utrzymywać, że nie istnieje lekarz w kraju, któryby nie wiedział o pojawianiu się nowych, przez stowarzyszenie wydawanych książek.

Pierwszém dziełem, które przygotowuje Wydział do wydania, jest Syfilidologija Dra Krówczyńskiego; Wydział posiada przyrzeczenie tego cenionego pisarza, i po otrzymaniu całego rękopismu przystąpi niezwłocznie do druku. Wymienienie tu innych autorów, z którymi Wydział zniósł się w celu otrzymania od nich współudziału w wydawnictwie, jest przedwczesném.

Idąc w prostym kierunku do sił materyjalnych, Wydział odwołuje się do Szanownego Zgromadzenia o pomoc w przysparzaniu nowych członków, o punktualne wypełnianie zobowiązań statutu, gdyż tylko oparty o trwałą podstawę pieniężnych zasobów potrafi on rozszerzyć zakres swéj działalności i obudzi zatopione w zwątpieniu i bezczynności pisarskie siły lekarzy polskich.

6) Podskarbi Dr. Grabowski złożył sprawozdanie kasowe, z którego wynika co następuje:

Dochód wynosił 570 złr. 66 kr. (a mianowicie wkładki wstępne 15 złr., wkładki roczne 291 złr. 66 kr., odsetki od kapitałów 119 złr. 67 kr., zwrot nakładu przez rozprzedaż dzieł 144 złr. 33 kr.) Rozchód wynosił 1044 złr. 84 kr. (a mianowicie nakład 2ch dzieł bez papieru 599 złr. 85 kr., zakupno papieru 415 złr. 34 kr., wydatki administracyjne 8 złr. 40 kr., wydatki pocztowe 20 złr. 89 kr.) Niedobór wynosi więc 473 złr. 82 kr., na pokrycie którego posiada Stowarzyszenie resztę papieru wartości 298 złr. 67 kr., nakłady dzieł nierozsprzedane i zaległości od członków wynoszące 224 złr. 81 kr. Majątek Stowarzyszenia w dniu 15 października br. składa się z gotówki w kwocie 1829 złr. 85 kr. umieszczonéj w kasie oszczędności i w zakładzie kredytowym ziemskim, z zapasu papieru i nakładów nierozsprzedanych.

7) Zgromadzenie wybrało Drów Rybczyńskiego i Pieniążka do sprawdzenia rachunków za r. 1879.

8) Następnie odbyły się wybory członków Wydziału na następne 2-lecie. Prezesem Stowarzyszenia ponownie wybranym został prof. Dr. Korczyński, wiceprezesem prof. Dr. Janikowski; do Wydziału podług ilości otrzymanych głosów wybrani zostali: Dr. Paszkowski, Dr. Grabowski, Dr. Kwaśnicki, prof. Dr. Domański, prof. Dr. Oettinger, a jako zastępcy: Dr. Ściborowski, Dr. Rybczyński i Dr. Pieniążek.

9) Zamykając posiedzenie odwołał się Przewodniczący do zebranych, zachęcając gorącém słowem do czynnego poparcia Wydziału w jego trudném lecz pożyteczném zadaniu.

Dr. A. Kwaśnicki, Sekretarz Stow. do wyd. dzieł lek. p.

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**,
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Zwracam się do zjawisk, jakie Charcot przy sposobności sprawdzania metaloterapii odkrył, a względnie wywołał

u swoich chorych. Mam tu na myśli: 1) wywoływanie sztuczne hemianestezyi i achromatopsyi po stronie zdrowéj; 2) wywoływanie skurczeń mięśniowych w stanie sztucznego hypnotyzmu; 3) wywoływania stanu kataleptycznego; 4) wywoływanie somnambulizmu w stanie sztucznego hypnotyzmu.

O sztucznem wywoływaniu hemianestezyi i achromatopsyi wiedzą czytelnicy z artykułów „Przeglądu Lek.", powyżéj wspomnianych. Jest ona połączona z ustąpieniem tych przypadłości hysterycznych po stronie choréj, pod wpływem odpowiednich płytek metalowych, magnesu, solenoidu, elektryczności statycznéj, a nawet podobno pod wpływem wezykatoryj (*Westphal*).

Co się tyczy kontraktur hysterycznych stałych, takowe ustępują natychmiast po stronie choréj pod wpływem magnesu lub solenoidu, lecz natomiast podobno kontraktura występuje po stronie zdrowéj. Charcot wywołuje kontraktury jednak i u tych hysteryczek, które wcale téj przypadłości nie mają, wywołane zaś skurczenia usuwa z równą łatwością. Podobnie rzecz się ma co do przypadłości zwanéj somnambulizmem i katalepsyją. Organizm hysteryczek w Salpêtrière jest w rękach Charcota, jakby jaki aparat fizyczny, z którego wywołuje się odpowiednie zjawiska, jakie z kądinąd hysteryja dobrowolnie okazywała. Wszystko to dzieje się jednak, zważmy dobrze, całkiem przedmiotowo i bez najmniejszéj myśli ubocznéj, na jakie niewłaściwie wpadano dawniéj na widok przypadłości nerwowych, o jakich mowa.

Po tym krótkim wstępie przytoczę tu w streszczeniu artykuł prof. fizyjologii z Manchester, p. Gamgée, umieszczony w *British medical journal*, 1878, T. II, str. 545:

„Było to w piątek i w sobotę rano, 23 i 24 sierpnia (1878), kiedy na oddziale Charcota w Salpêtrière zebrało się liczne grono uczonych i lekarzy, pomiędzy którymi byli: Virchow, Grainger Stewart, Turner, Oskar Liebreich, Ray Lankester, Broadbent, Ernerst Hart i wielu innych, którzy podówczas właśnie byli w Paryżu. Wszyscy mieliśmy sposobność oglądania hysteroepilepsyi we wszystkich jéj przypadłościach, które przed nami roztaczał Charcot, ów znakomity lekarz, któremu zawdzięczamy prawie całą naszą wiadomość, jaką o téj chorobie dziś posiadamy. Widzieliśmy tedy wpływ solenoidu i magnesu na ustrój chorych, niemniéj łatwość, z jaką u nich występowały stany tak nazwanego mesmeryzmu i katelepsyi". Poczém opisuje doświadczenia, jakie Charcot czynił w tém zgromadzeniu uczonych i lekarzy. Przedmiotem doświadczeń było sześć hysteryczek ze Salpêtrière, z których jedna była w tym zakładzie 32 lat, inne po kilka i kilkanaście.

1) Dziewczyna 20-letnia cierpi napady hysteroepilepsyi, nieczulicę strony lewéj ciała i przeczulicę jajnika prawego. Charcot kazał jéj utkwić wzrok w palec wskazujący, który trzymał w małéj odległości od jéj czoła. Gdy po kilku minutach takiego patrzenia żadnego niebyło skutku, Charcot utkwił w jéj oczy swój wzrok i już po dwóch minutach powieki choréj poczęły migotać, kurcz tężcowy wystąpił w obu ramionach i nieczulica rozciągnęła się na całą powierzchnię ciała. Na rozkaz profesora, chora w tym stanie znieczulenia i snu chodziła, szyła i pisała z oczyma zamkniętemi. Za dmuchnięciem w oczy śpiącéj nastąpiło jéj przebudzenie.

2) Dziewczyna tego samego wieku co pierwsza, niedokrewna, cierpi napady hysteroepilepsyi, nieczulicę, bezbolesność i barwoślep całkowity po stronie prawéj. Do małego palca jéj ręki prawéj przyłożony solenoid, (wężownica z drutu odosobnionego, przez którą przechodzi prąd galwaniczny), wywołał prawie natychmiast powrót czucia i widzenie barw po stronie choréj, natomiast po stronie ciała przedtém zdrowéj wystąpiła nieczulica, a w oku pierwéj zdrowém barwoślep. I u téj choréj wywołał Charcot z łatwością stan hypnotyczny za pomocą wzroku, z którego przez uderzenie w jajnik ocknęła się z łatwością. Następnie tę samą chorą wprowadzono do ciemnicy przyległéj, oświeconéj blaskiem żarzącego się drutu platynowego. Gdy chora w ten blask spojrzała, popadła natychmiast w sen kataleptyczny. Jéj członkom można było nadać każdy układ, który jak na manekinie pozostał niezmieniony; gdy zaś do jéj dłoni lub do grzbietu ręki zbliżono nieznacznie i znienacka palec na odległość centimetra, natychmiast przebudzała się z tego snu kataleptycznego.

3) Chora, około 50 lat licząca, od lat przeszło trzydziestu zamieszkała w Salpêtrière, ciemna od dziecięctwa na obadwa oczy, po stronie ciała lewéj znieczulica zupełna, cierpi napady hysteroepilepsyi bardzo gwałtowne, które po ustaniu miesiączki były jeszcze gwałtowniejszemi, przed dwoma laty ustały dobrowolnie, nieczulica pozostała. Magnes w postaci podkowy zbliżony biegunami na $^1/_2$ cm. do jéj ramienia lewego, wywołał natychmiast powrót czucia po lewéj, nieczulicę zaś zupełną po stronie ciała prawéj.

4) Zakonnica cierpi nieczulicę hysteryczną po stronie ciała lewéj, skurczenie hysteryczne stałe odnogi górnéj po téj saméj stronie ciała, tudzież przeczulicę jajnika prawego. Gdy się przyłoży magnes do odnogi skurczonéj, kontraktura tu znika a natomiast występuje podobna w odnodze górnéj po stronie zdrowéj prawéj; ta kontraktura sztuczna trwa cały dzień. Przez częste powtarzanie tego rękoczynu chora ozdrowiała z kontraktury hysterycznéj.

5) Całkowita nieczulica obu połów ciała, barwoślep obu ócz, zupełny po stronie lewéj, chora zresztą wzrostu słusznego, młoda, silnéj i pięknéj budowy ciała. Okiem lewém nic widzi żadnéj innej barwy tylko jednę czerwoną, okiem zaś prawém widzi wszystkie inne barwy, oprócz jednéj fijoletowéj. Pod wpływem magnesu przyłożonego w odległości 1 cm. do jéj skroni lewéj widzenie barw stopniowo powróciło w przeciągu 15 minut w porządku następującym: niebieskie, żółte, zielone; czucie zaś barwy fijoletowéj nie powróciło w oku lewém.

6) Chora, lat 22 licząca, pełna inteligencyi, cierpi od kilku lat napady hysteroepileptyczne, które sztucznie u niéj wywołać można przez lekkie potarcie przestrzeni międzyżebrowéj piątéj po jednéj lub po drugiéj stronie. Każdy napad można téż u niéj przytłumić przez nagły nacisk i metodyczny ucisk jéj jajnika prawego.

Otóż w streszczeniu podałem doświadczenia jakie Charcot czynił w obecności uczonych i lekarzy powyżéj wymienionych przez sprawozdawcę prof. Gamgeego. Są one przedstawione w takim komplecie, w jakim zapewne Charcot już takowych nie rozwinie, chyba znowu w zgromadzeniu podobnie licznem i poważnem. Mamy tu zjawiska przemieszczenia czucia, barwoślepu i kontraktury; mamy wywołanie snu somnambulicznego i kataleptycznego; mamy nakoniec wywołanie napadów hysteroepileptycznych, przytłumianie takowych i ocucanie ze stanów hypnotycznych. A więc jest wszystko wywoływane sztucznie, co hysteryja ciężka dotąd sama podawała.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

List z Wiednia.

(Początek roku szkolnego i ogłoszenia wykładów. — Dwie tajemnice publiczne i dwie walki w świecie naukowym. — Sprawozdania szpitalne a my).

Piękne dni błogiego spokoju minęły, a wszechnica znów tętni pełném życiem. Wszystkie czarne tablice u bramy główněj i pobocznych szpitala powszechnego przepełnione ogłoszeniami, z których czytelnik się dowiaduje, że za tyle a tyle guldenów, które naprzód zapłacić trzeba, u tego a tego profesora, docenta lub asystenta może przez taką a taką liczbę tygodni czerpać jak ze źródła, cuda wiedzy, o których mu się dotychczas nawet nie śniło; za to wróci do domu z próżną kieszenią a pełną głową. Szkoda tylko, że te źródła nie jednakowéj, tak pod względem jakości jak ilości, dostarczają ilości wiedzy, i że niektóre z nich szczególniéj dla lekarzy są tak drogie. W salach wykładowych klinicznych i poliklinicznych nie widać jednak wcale tego tłumu słuchaczy, jakim się według dat urzędowych szczycił dawniéj wydział lekarski we Wiedniu, owszem szeregi ciekawych wiedzy są przynajmniéj w bieżącém półroczu dość przerzedzone. Wielką liczbę słuchaczów stanowią lekarze a między nimi znów liczebnie pierwsze miejsce zajmują Anglicy i Amerykanie, którzy mimo tego, że drogie płacą pieniądze za kursa prywatne, wcale się nie cieszą chlubną reputacyją naukową. Polskich lekarzy młodszych, przeważnie uczniów wszechnicy Jagiellońskiéj, jest tutaj dotychczas kilkunastu, którzy jako nadzwyczajni słuchacze za podwójném czesném, lub jako aspiranci po rozmaitych klinikach i szpitalach dalszego szukają wykształcenia fachowego.

Wśród legijonu ogłoszeń brakuje jednego i to bardzo cennego. Ojciec nowoczesnéj dermatologii, prof. Hebra, nie ogłosił dotychczas wykładów, bo ciężka niemoc nie pozwala mu opuszczać łoża cierpienia. Dzienniki lekarskie i nielekarskie milczą wprawdzie o chorobie Hebry, ale jest powszechną tajemnicą, że długoletnie jego cierpienie, rozedma płuc, czy też wada serca, bo prawdy dowiedzieć się trudno, w ostatnich czasach mocniéj, niż kiedykolwiek przedtém mu dolega. Nie wszyscy jednak wiedzą, a czerpię ze źródła pewnego, bo od osoby bardzo blizko niego stojącéj, że w ostatnich dniach przyłączyło się jako groźne powikłanie ostre zapalenie płuc, które rokowanie czyni bardzo zatrważającém.

Lecz odwróćmy oczy od tego ponurego obrazu z nadzieją, że może złe jeszcze minie i spojrzyjmy na jaśniejszy. Z końcem br. zamierzają prymaryjusze szpitala powszechnego zrobić owacyję starszemu radcy zdrowotnemu i dyrektorowi tegoż szpitala Drowi Hoffmannowi, jako w dziesiątą rocznicę jego kierownictwa szpitalem powszechnym. Wczoraj o godz. 10téj przed południem odbyła się w téj sprawie pierwsza narada u Dra Zsigmondyego, gdzie roztrząsano rozmaite projekty, z których jednak żaden nie otrzymał poklasku wszystkich; wybrano jednak komisyję, która się ma zająć tą sprawą; nie omieszkam w przyszłym liście donieść, na co się zgodzili pp. prymaryjusze. Téj ostatniéj wiadomości nie podadzą niemieckie pisma, bo jest to dotychczas niby tajemnica urzędowa, ale jak się to zwykle dzieje, nieurzędowo śpiewają już o niéj i wróble lekarskie.

Na wstępie niniejszego listu powiedziałem, „piękne dni błogiego spokoju minęły;“ słowa te powtarzam, bo w ostatnich czasach aż dwie naraz zawrzały walki w tutejszym świecie lekarskim.

Jedna dotyczy sprawy leczenia suchot płucnych bdźwinianem sodowym. Walka w téj sprawie wprawdzie już zeszła na pole przytyków osobistych, zwłaszcza ze strony niektórych redakcyj pism lekarskich, ale trzyma się jeszcze poniekąd w granicach przyzwoitości, bo doświadczenia w tutejszych klinikach jeszcze nie skończone*) a koryfeusze milczą. W Insbruku otoczono całą sprawę taką tajemnicą, że nie wiedziano tutaj zrazu, jak użyć tego cudotwórczego środka. Doszło wreszcie do tego, gdy pacyjenci domagali się gwałtem tego leku, że zażądano drogą telegraficzną informacyi. Dr. Kroczak wreszcie przemówił i pokazało się, że nie powiedział nic nowego. „Wszystko już było,“ jak powiada stary Akiba.

Druga zaś walka, w której się nie wysunęli na pole boju jako straż przednia bogowie drugo- i trzeciorzędni i zwykli śmiertelnicy, ale odrazu stanęli w bojowym szyku jedni z tych, którzy królują, więc się też wyzywają jak główni bohaterowie Homerowéj Iliady. Nie chcę tutaj streszczać zasobu wyrazów, jakiemi prof. Heschl obdarzył swego kolegę prof. Meynerta, bo z jednéj strony nie mam odpowiedniego słownika pod ręką, z drugiéj zaś nie wiem, czy „dobry ton“ na to zezwala, ciekawego atoli czytelnika odsyłam do Nru 42 *W. med. Wochenschrift*; wątpię jednak, czy się mocno zbuduje tém „boskiém grubijaństwem“ matadorów nauki.

Przypominam sobie, że szan. redakcyja w swoim czasie zwróciła uwagę Wys. Wydziału krajowego na potrzebę ogłaszania rocznych sprawozdań szpitalnych. Ministerstwo spraw wewnętrznych dawno już ją uznało i rok rocznie ogłasza dyrekcyja szpitalna we Wiedniu swoje sprawozdanie, które nawiasem powiedziawszy co roku jest pojemniejsze. Przed dwoma tygodniami opuściło prasę sprawozdanie szpitala na Wiedeniu za rok 1878, które nie tylko pod względem statystycznym, ale i praktyczno-lekarskim doniosłą ma wagę. PP. prymaryjusze składają w niém bowiem swoje credo już to kliniczne, już to terapeutyczne, na podstawie przytoczonych historyj chorób. Na szczególne uwzględnienie zasługuje zapatrywanie Dra Herrmanna, prymaryjusza oddziału chorób syfilitycznych, który dotychczas jest najżarliwszym antimerkuryjalistą. W tych dniach znów opuści prasę sprawozdanie szpitala powszechnego, które w ostatnich latach poczęło nabywać sławy, jaką się cieszą sprawozdania szpitala „Charité“ w Berlinie. Szkoda, że my jeszcze do tego nie doszli i że Wysoki Wydział krajowy nie ma pieniędzy.

Wiedeń, 22 października 1879. *Dr. L. Glück.*

*) Według moich informacyj dotychczasowy wynik wcale nie jest świetny.

VI. Wiadomosci statystyczne i ogolno-lekarskie.

* Kol. Dr. Leopold Rehan donosi nam z Wołodarki o okropnym przypadku wybuchu nafty kaukazkiéj, który miał miejsce w mieście wspomnionem, a skutkiem którego ucierpiało 39 osób: z tych 16 już umarło, (dwoje z nich miało być całkiem zwęglonych), a reszta mocno oparzonych żyje jeszcze śród strasznych cierpień. Wybuch nastąpił obok pomieszkania Dra Rehana, który obiecuje przesłać nam szczegółowy opis téj katastrofy.

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie nieco się rozszerzyła; zapadło 18, leczy się w szpitalach 46, umarło 1. Również i w innych miastach przebieg jéj był mniéj łagodnym i tak w Wiedniu umarło 4, w Barcelonie 5, w Dublinie 14, w Paryżu 18, w Petersburgu 4, w Budapeszcie 2; w innych kilku miastach po 1. Odra częściéj się pojawia w Kopenhadze i Bu-

kareszcie: płonica w Londynie i Bukareszcie. W Barcelonie panuje bardzo gorączka durzycowa; do 11 października doniesiono o 41 przypadkach śmierci z duru brzusznego i 9 z duru osutkowego. Od 38 września do 4 października zapadło w Memphis na febrę żółtą 68 osób a umarło 20. W Rio de Janeiro umarło od 1 — 15 września 60 osób.

W Krakowie umarło w tygodniu 43 z chorób zakaźnych 3: z ospy 1 nieszczepione (w szpitalu), z dławca 1 (w ul. Długiéj L 53), i z róży 1 (w szpitalu), a doniesiono w tymże tygodniu o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 4 duru brzusznego (3 z ul. Karmelickiéj L. 161 i z rogatki Podgórskiéj); 9 z ospy (2 z ul. Długiéj L. 70, 4 z ul. Kopernika L. 39, z ul. Zwierzynieckiéj L. 82, z Małego Rynku L. 429 i z ul. Franciszkańskiéj L. 131), 2 róży (ze szpitala); 1 czerwonki (z Poremby).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 42 umarło w Krakowie na rok i 1000 mieszkańców 35,0; we Lwowie 23,9; w Warszawie 23,6; w Poznaniu 24,2; w Wiedniu 23,5; w Budapeszcie 30,5; w Pradze 29.8; w Berlinie 25.9; w Hamburgu 23.8; w Wrocławiu 28,9; w Monachijum 38,0; w Dreznie 19,8; w Lipsku 23,5; w Bazylei 21.7; w Brukseli 18,6; w Paryżu 22,4; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 28.6; w Chrystyjanii 16,6; w Petersburgu 31.2; w Odesie 33,1; w Bukareszcie 43,4. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków,** d. 30 października. W obec zajęcia ogólnego, wywołanego w kołach lekarskich i nielekarskich z powodu ogłoszenia Dra Kroczaka o leczeniu suchót płucnych za pomocą będźwinianu sodowego, w obec nadto sporu o pierwszeństwo powstałego z tego powodu pomiędzy prof. Rokitańskim a Drem Schüllerem, docentem w Gryfii, — nie od rzeczy będzie przypomnieć, że na II Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich odbytym we Lwowie w lipcu 1875 r. Dr. Kaczorowski z Poznania miał wykład „O zastosowaniu terapii do teoryi pasorzytniczéj“ ogłoszony w Pamiętniku II Zjazdu na str. 296 — 329. Przeglądając ponownie wykład ten znaleźliśmy na str. 306 ustęp, który opiewa dosłownie: „Od chwili odkrycia przez Salkowskiego w kwasie będźwinowym własności przeciwgnilnéj, przewyższającéj jeszcze w tym względzie kwas salicylowy, doświadczałem tego środka w gorączkowych chorobach w celach przeciwpasorzytniczych w znacznych dawkach (po 5 — 6 gramów) i mam prawo przypuszczania, że ten lek ma wielką przed sobą przyszłość, ponieważ nie wywołuje ani ogłuszenia ani żadnego upadku ośrodków nerwowych“. Daléj czytamy na str. 309: „Środki te (kamfora i kw. będźwinowy) pośrednio desinfektują kanaliki płucne, podniecając zarazem nerwowy ośrodek oddychania i krążenia. Dla tego też używam ich także w zapaleniach płuc, ostrych jak przewlocznych, krupowych czy nieżytowych, i sumiennie zaręczyć mogę, że dawki (kamfory 0·1, kw. będźwinowego 0·3 — 0·5) w ostrych sprawach co godzina przez szereg dni, w powolnych całemi tygodniami kilka razy na dzień powtarzane, nietylko żadnéj szkody nie zrządziły, ale niejednego chorego z najgroźniejszego niebezpieczeństwa wybawiły“. Wreszcie Dr. Kaczorowski w wykładzie tym wspomina o bardzo prostym przyrządzie do inhalacyi przeciw nieżytowym cierpieniom płuc, a podobny przyrząd opisał niedawno jako nowy Dr. Curschmann w *Berl. klin. Woch.* Widzimy tedy, że „leczenie przeciwprątkowe“ miało już przed 4 laty gorliwego zwolennika w osobie ziomka naszego, szan. kolegi Kaczorowskiego w Poznaniu.

* Wydział lekarski Uniw. Jag. na posiedzeniu w dniu 24 bm. mianował Dra Wilhelma Strzechowskiego asystentem kliniki chirurgicznéj na dalsze dwa lata począwszy od 1go października 1879 r.

* Dr. Szpilmann otrzymawszy stypendyjum lekarskie udał się do Berna w Szwajcaryi w celu poświęcenia się weterynaryi.

* Wyszedł już 1wszy zeszyt nowego czasopisma pt. „*Zeitschrift f. klin. Medicin*“ pod redakcyją proff. Frerichsa i Leydena w Berlinie. W zeszycie tym oprócz wstępu Frerichsa znajdują się prace Leydena, Fraenkla, Nothnagla i Littena, a więc prace autorów znakomitych. Nie wątpimy wcale, że sławni klinicyści berlińscy potrafią utrzymać czasopismo to na wysokości kierunku doświadczalnego i że im materyjału nie zabraknie; ale mimo to ubolewać należy nad coraz większém rozdrabnianiem i rozrzucaniem materyjału w licznych czasopismach, gdy wcale nie wzmaga się w odpowiednim stósunku dobrobyt lekarzy, aby mogli tyle pism abonować.

* **Warszawa.** Rada uniwersytecka po odbytém głosowaniu pozostawiła proff. Tyrchowskiego i Kryszkę, którzy skończyli już lat 25 służby rządowéj, na dalsze pięciolecie na zajmowanych posadach. Towarzystwo lekarskie zaś wybrało Dra Klinka redaktorem Pamiętnika na 3 lata, a członkami honorowymi Drów Jana Dudrewicza i Henryka Podoskiego, a to z powodu 50-letniego jubileuszu zawodu lekarskiego. (*Medycyna*).

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Nedopil, b. asystent prof. Billrotha we Wiedniu, habilitował się tamże jako docent chirurgii i odbył wykład próbny o wyłuszczeniu śledziony. — Dr. Graf w Elberfeldzie powołany został na członka nadzw. urzędu zdrowotnego ces. niemieckiego w Berlinie.

* **Wiadomości osobowe.** Prof. Bergmann w Würzburgu, po długiéj ciężkiéj chorobie odzyskawszy zdrowie objął znów czynności swoje. — Prof. Chevreuil w Paryżu, znany chemik, rozpoczął w półroczu bieżącém wykłady swoje, jak zwykle, pomimo że liczy lat 92.

Stopień doktora w. nauk lek. uzyskali w dn. 30 października rb. w Uniw. Jagiell. pp. Wilhelm (Wolf) Pisek z Krakowa i Jan Wieluch z Sibicy na Szląsku austr.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. Wilhelm Alfons Devergie, znakomity dermatolog i lekarz sądowy; urodzony w Paryżu d. 15 lutego 1798 r., uczeń Dupuytrena, w r. 1823 otrzymał dyplom doktora medycyny. Niedługo potém asystent kliniczny, docent nauk pomocniczych, zajmował się głównie chemiją i medycyną sądową. Gdy go minęła w r. 1827 katedra medycyny sądowéj, która się dostała Orfili, służył w rozmaitych szpitalach, nareszcie w szpitalu św. Ludwika, gdzie wykładał o chorobach skórnych. Członek Rady zdrowotnéj departamentu Sekwany, inspektor zakładu „la Morgue,“ sekretarz Rady wyższéj sanitarnéj w ministerstwie spraw wewnętrznych, w r. 1857 wybrany został członkiem Akademii lekarskiéj, a w r. 1874 jéj prezesem. Założył towarzystwo sądowolekarskie w Paryżu, był współpracownikiem czasopisma *Annales d'hygiène* i encyklopedyi lekarskiéj, pisał dużo rozpraw i dzieł, z których najważniejsze: Medycyna sądowa w 3ch tomach i wykład chorób skórnych. Orzeczenia jego sądowolekarskie odznaczały się jasnością i gruntownością, a zabiegi jego mające na celu przypuszczanie słuchaczów medycyny do zakładu *Morgue*, pochwały godnemi i dobrym uwieńczone zostały skutkiem. Cześć jego pamięci!

W Anglii umarli: Alfred Henryk Garrod, profesor anatomii porównawczéj licząc lat 33 zaledwie; chirurg Crosby Leonard w 51 roku życia i Dr. Domville, jeneralny inspektor służby zdrowia w marynarce.

W Gracu umarł Dr. Józef Piringer w 80tym roku życia swego. Zmarły po ukończeniu nauk lek. był asystentem proff. Jägera starszego i Rosasa, późniéj praktykował w Gracu i napisał piękną rozprawę o śluzoropotoku ocznym, która po dziś dzień ma wielką wartość naukową.

W Radomiu, w Król Polskiém, umarł Dr. Ludwik Brudzyński, lekarz przy tamecznym rządzie gubernijalnym, wychowaniec Uniwersytetu Jagiell., licząc lat 68.

* **Konkurs** na opróżnioną posadę 2go asystenta przy katedrze anatomii opisowéj rozpisany jest do dnia 14 listopada rb. Remuneracyja roczna wynosi 150 zła. Podania na ręce dziekana Wydziału lek.

*** Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 43: Klinka: Kilka uwag z powodu wycinania t. zw. szankrów twardych (c. d.); — w *Pamiętniku Tow. lek. warszawskiego* 1879, zeszycie IV: Sprawozdanie z czynności Tow. lek. warsz. w r. 1879.

Redakcyja otrzymała:

Henryka PACANOWSKIEGO (stud. med. w Warszawie): O zmianach, jakim ulegają mięśnie prążkowane po wycięciu, zmiażdżeniu itp. uszkodzeniach pewnéj części odpowiedniego nerwu ruchowego. (Praca nagrodzona medalem złotym przez Wydział lek. Ces. warsz. Uniw.) in 8vo str. 58 z 4 tabl. litograf. Warszawa 1879.

Prof. MASCHKI (w Pradze): Einige Fälle von Selbsterdrosselung.

(Separatabdruck aus d. *W. med. Woch.* 1879 Nr. 22—26) in 8vo str. 16.

Prof. H. COHN (w Wrocławiu). Notitz zur Tabakamblyopie. (Osobne odbicie z *Centralbl. f. pract. Augenheilk.* 879. October).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 5 listopada posiedzenie zwyczajne, na którém po zdaniu sprawy przez Komisyje do poszczególnych spraw wyznaczone, 1) kol. Zarewicz odczyta rozprawę Dra Glücka o nowym sposobie leczenia dymienic ostrych, a 2) kol. Ponikło poda wiadomość o suchotach płucnych podług spostrzeżeń zebranych w ciągu 4 lat ubiegłych w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego.

Sprostowanie. W Nrze 43, str. 510, szpalta 1, wiersz 34 od góry, po słowach „doczesnego świata" powinno być: „ale pomimo to wzbudza niedowierzanie, bo jest w niej zawsze coś — że nie powiem — guślarskiego, tajemniczo-mrocznego".

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. R. w Chełmnie: List otrzymaliśmy, za obietnicę dziękujemy i o rychłe jéj urzeczywistnienie upraszamy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

W ADMINISTRACYI

PRZEGLĄDU LEK.

znajdują się do pozbycia

następne dzieła oprawne:

Kunze. Compendium der praktischen Medicin. 1865 3 złr. 60 c.

Kraus. Compendium der neusten medizinischen Wissenschaften. 1875 5 złr.

Braun. Compendium der Frauenkrheitn. 1863 4 złr.

Spielmann. Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1855 3 złr. 60 c.

Druitt. Chirurgisches Vadmecum. 1867 5 złr. 50 c.

Braun. Compendium der Geburtshilfe. 1864 3 złr. 50 c.

Niemayer. Pathologie u. Therapie. 1865 2 tomy 10 złr.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiel. pod zarządem Ign Stelcla